

Sclérose en plaques

Communications orales

CO20-001-f

Troubles urinaires de la sclérose en plaques : algorithme et recommandation. FLUE-MS

G. Amarenco^{a,*}, P. Denys

AP-HP, Paris, France

*Auteur correspondant.



Mots clés : Sclérose en plaques ; Vessie ; Incontinence

Les troubles urinaires de la sclérose en plaques sont fréquents et peuvent déterminer complications urologiques et altération de la qualité de vie. Les recommandations sont rares et en règle destinées aux spécialistes de neuro-urologie.

L'objectif est de présenter au cours de cette lecture, un algorithme validé sur l'évaluation et le traitement de première ligne des troubles vésico-sphinctériens des patients atteints de sclérose en plaques. Cet algorithme a été validé au moyen d'une méthode DELPHI. Il est comparé aux autres algorithmes proposés (mais non validés).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2014.03.1122>

CO20-002-f

Prise en charge thérapeutique des troubles urinaires de la SEP

P. Denys^{a,*}, A. Even^a, V. Phé^b, E. Chartier-Kastler^b

^a Service de MPR, hôpital Raymond-Poincaré, Garches, France

^b Service d'urologie, hôpital de la Pitié, AP-HP, France

*Auteur correspondant.



Mots clés : Sclérose en plaques ; Vessie neurologique ; Toxine botulinique

La prise en charge thérapeutique des troubles urinaires de la SEP est rendue complexe par la variété des symptômes, les différents mécanismes physiopathologiques possibles, les complications et l'évolution temporelle. Elle doit être adaptée aux déficiences associées qui vont varier dans le temps. Des outils diagnostiques précoces, la prévention des complications et l'amélioration symptomatique sont les objectifs du traitement.

Objectif.– Nous présentons les différentes options thérapeutiques médicales et chirurgicales validées dans cette indication. Les injections de toxine botulique dans le détrusor et la stimulation nerveuse périphérique sont des solutions nouvelles qui seront particulièrement développées.

Méthode.– Revue de la littérature.

Discussion.– La prise en charge thérapeutique des troubles urinaires est importante en termes d'amélioration de la qualité de vie. L'accès à la prise en charge est limité par le retard diagnostique malgré le développement de nombreuses solu-

tions thérapeutiques. Un diagnostic précoce, un suivi approprié et une approche multidisciplinaire sont la garantie d'une prise en charge efficace.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2014.03.1123>

CO20-003-f

Les troubles sexuels de la sclérose en plaques : évaluation et traitement

J.-G. Prévinaire^{a,*}, G. Lecourt^a, J.-M. Soler^b

^a Centre Calvé, fondation Hopale, Berck-sur-Mer, France

^b Centre Bouffard-Vercelli, 66290 Cerbere, France

*Auteur correspondant.



Les troubles sexuels sont fréquents chez les patients présentant une sclérose en plaques, pouvant aller jusqu'à 85 % des hommes et femmes, et entraînent une altération importante de leur qualité de vie.

Chez l'homme, les troubles de l'érection et de l'éjaculation (prématurée ou retardée, anéjaculation), et l'altération de la libido conduisent à une diminution de la fréquence des rapports, des difficultés à obtenir un orgasme et à une insatisfaction de la performance sexuelle. Chez la femme, on retrouve une diminution des sensations génitales et de la lubrification vaginale, des troubles de l'excitation sexuelle et des difficultés à obtenir un orgasme.

La fatigue, la spasticité, les tremblements, les douleurs neuropathiques et la peur de l'incontinence induisent ou aggravent les troubles sexuels. De même, la dépression, l'anxiété de la performance, la perte de confiance et de l'estime de soi doivent être évalués.

Chez les hommes, les troubles de l'érection sont traités par les inhibiteurs de la phosphodiesterase et les injections intracaverneuses, avec une efficacité limitée ; le vibromassage éventuellement associé à la midodrine est proposé pour les troubles de l'éjaculation. Chez les femmes, un lubrifiant aqueux peut compenser la perte de lubrification vaginale. Dans tous les cas, l'information et l'accompagnement sexologique sont essentiels.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2014.03.1124>

CO20-004-f

Incontinence urinaire à l'effort et sclérose en plaques

A. Guinet-Lacoste^{*}, D. Verollet, F. Le Breton, L. Peyrat,
G. Amarenco

Service de neuro-urologie, hôpital Tenon, AP-HP, 4, rue de la Chine, 75020 Paris, France

*Auteur correspondant.



Mots clés : Incontinence urinaire à l'effort ; Sclérose en plaques ; Prévalence

Objectif.– Les troubles vésico-sphinctériens de la sclérose en plaques (SEP) sont fréquents [1]. En raison de la prévalence féminine de la SEP et de la fréquence de

l'incontinence urinaire à l'effort (IUE) chez la femme, nous avons voulu vérifier l'importance de ce symptôme au cours de la SEP.

Matériel et méthodes.— Trois cent quarante-trois dossiers de femmes ont été retenus ayant eu questionnaire de symptôme (USP), bilan urodynamique.

Résultats.— Âge moyen 48,8 ans, EDSS moyen 5,45, nombre de grossesses moyen 1,40, pression de clôture urétrale (PUC) moyen de 69 cmH₂O.

Cent cinquante-six (45,5 %) souffraient d'IUE (USP IUE $\geq 2/9$). Trois cent douze (91 %) avaient une hyperactivité vésicale (HV) (USP HV $\geq 2/21$). Quarante-vingt-dix-sept pour cent avaient IUE et HV associées.

Les femmes avec IUE avaient une PUC plus faible et un âge plus élevé ($p < 0,05$). Pas de corrélation retrouvée entre la présence d'une hyperactivité du détrusor, le nombre de grossesses et l'EDSS ($p > 0,05$).

Discussion.— La prévalence d'IUE chez les femmes MS est de 45,5 %, indépendante de l'EDSS, corrélée avec l'âge et la PUC. Nos résultats diffèrent de l'étude de Dillon où la prévalence était très basse (14 %) [2].

Références

[1] Cetinel, et al. *Neurourol Urodyn* 2013.

[2] Dillon, et al. *J Urol* 2013.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2014.03.1125>

CO28-002-f

Plasticité cérébrale fonctionnelle et structurelle associée à la réadaptation fonctionnelle chez les patients atteints de sclérose en plaques

E. Robinet^{a,*}, A. Faivre^b, W. Zaaraoui^b, M. Guye^b,
P. Asquinazi^c, P. Bardot^d, J. Pelletier^d, J.-P. Ranjeva^b,
B. Audoin^a

^a Timone Hospital, AP-HM, Department of Neurology, Marseille, France

^b CEMEREM UMR 7339, Aix-Marseille université, CNRS, Marseille, France

^c Clinique Saint-Martin, Marseille, France

^d IRF Pomponiana-Olbia, Hyères, France

*Auteur correspondant.

Mots clés : Sclérose en plaques ; IRM fonctionnelle ; Plasticité cérébrale

L'objectif de cette étude était d'étudier si l'amélioration clinique après réadaptation fonctionnelle est associée à des phénomènes de plasticité cérébrale chez les patients atteints de SEP.

Quatorze patients présentant un déficit moteur des membres inférieurs ont suivi un protocole de réadaptation fonctionnelle standardisé. L'évaluation clinique, l'IRM fonctionnelle-repos et l'IRM structurelle ont été réalisées à l'inclusion, juste après la rééducation, et trois mois après la fin du programme de rééducation. La topologie des réseaux cérébraux a été analysée selon la théorie des graphes appliquée aux données d'IRM fonctionnelle. Les variations morphologiques de la substance grise ont été étudiées par la méthode de voxel-based Morphométrie appliquée aux images 3D-T1.

L'IRM fonctionnelle révèle une augmentation de la connectivité locale dans le default-mode Network (DMN) et le réseau exécutif central (CEN) pendant la rééducation, corrélées à l'amélioration clinique. L'IRM structurelle met en évidence une augmentation de la densité de substance grise dans le cortex fronto-orbitaire gauche pendant la rééducation, corrélée à l'amélioration clinique. Après l'arrêt de la rééducation, la réorganisation structurelle et fonctionnelle du cerveau et les performances cliniques ont progressivement régressé.

Cette étude montre que l'amélioration clinique transitoire observée après la réadaptation fonctionnelle est associée à des phénomènes de plasticité cérébrale réversibles.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2014.03.1126>

CO28-003-f

Place du réentraînement à l'effort et du renforcement musculaire dans la sclérose en plaques



P. Gallien^{*}, B. Nicolas^{*}, A. Durufle^{*}, S. Robineau^{*},
S. Petrilli^{*}, K. Autret^{*}, J. Houedakor^{*}, C. Le Meur^{*}
Pôle Saint-Helier, Saint-Grégoire, France

*Auteur correspondant.

Mots clés : Sclérose en plaques ; Réentraînement à l'effort ; Renforcement musculaire

Longtemps les patients atteints de sclérose en plaques se sont vus déconseiller de pratiquer une activité physique par crainte d'une aggravation de la symptomatologie neurologique. La pratique de l'activité physique dépend des possibilités d'adaptation à l'effort, ainsi que du handicap. Pour des scores EDSS élevés des anomalies d'adaptation cardiovasculaire, une atteinte de la fonction respiratoire peut être observée avec des perturbations des épreuves d'effort.

Le déficit musculaire, les troubles de la coordination peuvent être également un frein à l'activité physique majorant le déconditionnement à l'effort consécutif à la restriction d'activité physique.

Différentes études ont montré l'intérêt du réentraînement à l'effort avec une amélioration de la VO₂ max, des paramètres de la marche et de la fatigabilité. Un impact certain sur la qualité de vie est également observé. Une activité physique régulière de type aérobie est nécessaire pour le maintien du bénéfice des programmes de réentraînement à l'effort. L'association du renforcement musculaire permet de potentialiser le bénéfice obtenu. L'activité sportive, le plus souvent de loisir, doit être conseillée en fonction du tableau clinique et adaptée à la fatigabilité dans sa pratique et ceci tout au long de la maladie.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2014.03.1127>

CO28-004-f

Équilibre et sclérose en plaques. Évaluation et rééducation

P. Thoumie

Hôpital Rothschild, AP-HP et UPMC Paris 6, Paris, France



La sclérose en plaques est une maladie inflammatoire du système nerveux central. Elle est caractérisée par l'apparition à un moment variable de son développement de troubles de l'équilibre et de la marche évoluant vers une invalidité progressive.

Dans la SEP, la dégradation de l'équilibre est responsable de chutes qui se produisent à différents stades de la maladie. Déséquilibre et chutes sont liés non seulement à l'affaiblissement du contrôle moteur, mais aussi de la proprioception, de la fonction du cervelet et de la vision. Spasticité et troubles cognitifs ont également été liés à un risque accru de chutes.

L'évaluation de l'équilibre peut être réalisée en pratique par des tests cliniques. Il peut être complété par des tests instrumentaux qui aident à mieux comprendre l'origine des troubles et leur évolution sous traitement.

L'objectif de la réadaptation chez les patients atteints de sclérose en plaques est déterminé par le niveau de déficience. Chez les patients de moins touchés, une amélioration peut être attendue concernant l'équilibre. Un programme de rééducation spécifique semble être plus précis que des programmes non spécifiques. Déficiences cognitives et motrices sont les facteurs les plus limitants dans les stades les plus avancés de la maladie.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2014.03.1128>

CO28-005-f

Éducation thérapeutique et SEP, revue systématique de la littérature

E. Coudeyre^{a,*}, P. Givron^a, S. Demaille-Wlodyka^b,
P. Gallien^c

^a Service de MPR, CHU hôpital Nord, Clermont-Ferrand, Cébazat, France

^b Service de MPR, groupe hospitalier de l'institut catholique lillois, France

^c Pôle MPR Saint-Héliez, Rennes, France

*Auteur correspondant.

Mots clés : SEP ; Éducation thérapeutique ; Revue

Objectif.— Définir la place de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) dans la prise en charge de la sclérose en plaques à partir des données de la littérature.

